

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 10

EFFACEMENT ET DILATATION
DU
COL DE L'UTÉRUS
AU COURS DE LA GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 novembre 1929

PAR

Gilbert-Marie-Denis-Paul LEMASSON

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à CHÉNERAILLES (Creuse), le 13 décembre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur...	<i>Président</i>
		GUYOT, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548427_0024



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 10

EFFACEMENT ET DILATATION
DU
COL DE L'UTÉRUS
AU COURS DE LA GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 novembre 1929

PAR

Gilbert-Marie-Denis-Paul LEMASSON

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à CHÉNERAILLES (Creuse), le 13 décembre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur ...	<i>Président</i>
		GUYOT, professeur	{ <i>Juges</i>
		PERY, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE, SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurq. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		



COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	N.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner aucune approbation ni improbation.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 10

EFFACEMENT ET DILATATION
DU
COL DE L'UTÉRUS
AU COURS DE LA GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 novembre 1929

PAR

Gilbert-Marie-Denis-Paul LEMASSON

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à CHÉNERAILLES (Creuse), le 13 décembre 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur ...	<i>Président</i>
		GUYOT, professeur	{ <i>Juges</i>
		PERY, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurq. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDERODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOISE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	N.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOISE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA FEMME. A MA FILLE

A MON PERE. A MA MERE.

Faible témoignage d'amour filial et de reconnaissance infinie.

A MON FRERE

A LA MEMOIRE DE ROBERT POULET

A MES PARENTS. A MES AMIS

AUX FAMILLES ARMENAUD-JAUBERT, MIQUEL

MES CHERS AMIS,

Vous avez, par votre extrême amabilité et votre grand cœur, animé et rendu heureuses mes années d'études.

Soyez assurés de mon inaltérable affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. FAUGERE

Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail, nous en a fourni la matière et nous a aidé de ses précieux conseils.

Au Maître aimé dont l'enseignement nous fut si utile.

Hommage de vive gratitude et de respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PERY,

*Accoucheur des Hôpitaux,
Chirurgien en chef de la Maternité,
Officier de l'Instruction publique.*

En remerciement de ses très intéressantes démonstrations aux travaux pratiques d'obstétrique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAVREAU,

*Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté libre de Lille,
Croix de guerre.*

Dont la haute érudition, la précision dans l'observation et la clarté d'exposition ont contribué à développer en nous, dans une étroite collaboration, le sens et le goût de l'obstétrique.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE, DES HOPITAUX
ET DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE

A MES CAMARADES DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 1^{re} CLASSE FOURGOUS

*Ancien Sous-directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ANDERODIAS

*Professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a toujours accueilli dans son service avec bienveillance, nous a fait profiter de ses belles leçons et a très complaisamment mis à notre disposition les documents de la Clinique.

Nous le remercions d'avoir bien voulu nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

EFFACEMENT ET DILATATION

DU

COL DE L'UTÉRUS

AU COURS DE LA GROSSESSE

INTRODUCTION

D'après les précis et documents d'obstétrique, la majorité des auteurs et les idées couramment admises aujourd'hui, l'effacement et la dilatation du col de l'utérus constituent classiquement les symptômes cardinaux du travail de l'accouchement.

Ces deux signes sont évidemment indispensables, mais ils ne suffisent pas, par eux seuls, à affirmer, sous peine d'erreur évidente, un accouchement imminent. Il faut pour cela la présence obligatoire de contractions utérines douloureuses, d'une intensité et d'une durée de plus en plus grandes et séparées par un intervalle de plus en plus court, jointes à l'effacement et à la dilatation progressive du col dans un laps de temps relativement court. Le coefficient « temps » joue ici un très grand rôle.

La question a son importance. Elle nous met en garde

contre un diagnostic un peu hâtif après l'examen ordinairement facile de la femme enceinte. Elle peut même nous éviter un séjour par trop prolongé auprès d'une cliente au col dilaté, erreur maintes fois commise et avouée; sans insister sur l'intérêt souligné par Varnier « de ne pas la voir accoucher entre les mains d'un confrère appelé au moment opportun ».

L'attention n'étant pas attirée sur ce phénomène, il est certainement rare de constater l'effacement et la dilatation du col de l'utérus au cours de la grossesse; mais nous sommes persuadé qu'avec une observation plus attentive de ces faits, on les rencontrerait plus souvent.

Ceci mis en évidence pour concilier d'ores et déjà les opinions exagérées de Mauriceau et ses élèves, de Pinard et son école, qui prétendent, sans doute possible, les uns que le col s'efface systématiquement après six mois de grossesse et les autres, avec une assurance égale, que le col conserve jusqu'à l'accouchement ses dimensions normales. Ne peut-on pas expliquer ces interprétations divergentes des auteurs par le fait que les uns avaient rencontré pendant la grossesse des cols effacés et dilatés alors que les autres n'avaient jamais, en toute évidence, constaté ces modifications avant le début du véritable travail ?

Nous passerons en revue les différentes interprétations données sur l'état du col pendant la grossesse en nous efforçant, avec le concours de nos observations, d'en tirer une conclusion utile sinon définitive.

HISTORIQUE

1° Le col de l'utérus s'efface à partir du sixième mois de la grossesse.

Cette théorie, très ancienne puisque Hippocrate la soutenait, fut professée par F. Mauriceau :

« Le col grandit, grossit et s'amollit, dit Mauriceau, jusqu'au sixième mois, après quoi il commence à diminuer dans toutes ses dimensions, à proportion que la matrice s'étend, tellement que, quand la femme approche du terme, il est tout aplani et presque confus avec le globe de la matrice, ne faisant pour lors qu'un petit-bourrelet ou cercle un peu épais à son entrée, dont le couronnement est fait au temps de l'accouchement. »

André Levret recule jusqu'à sept mois le début de ce phénomène et, « à partir de cette époque, dit-il, le col de l'utérus commence à se raccourcir à force de s'évaser et, vers la fin de la grossesse, il s'efface peu à peu ».

De La Motte et Puzos, Smellie (*Traité théorique et pratique des accouchements*), Roederer, Stein, A. Petit, se rangent à cette opinion, admise du reste par tous et enseignée comme le prouve la thèse de Gardien, « du toucher »⁽¹⁾ : « le col commence à perdre de sa longueur au septième mois et il s'efface presque complètement pendant le huitième et, pour le plus tard, dans le courant du neuvième, ce qui le rend difficile à atteindre parce qu'il se trouve à la hauteur de l'une ou l'autre symphyse sacro-iliaque.

» Quelquefois cependant il conserve une partie de sa lon-

(1) Thèse d'agrégation, Paris, 1841.

gueur au moment de l'accouchement et il forme comme une sorte de gaine à travers laquelle la tête s'engage. »

Baudelocque admet un véritable antagonisme entre les fibres du corps et celles du col. Il proclame l'effacement du col au sixième mois de la grossesse.

Mme Boivin, Desormeaux, Dubois et Velpeau professent les mêmes idées, et, dans le traité de Chailly-Honore, les auteurs font le diagnostic de la grossesse d'après la longueur du col.

2° Le col s'efface dans les quinze derniers jours de la grossesse, dans sa totalité ou dans sa partie antérieure.

Cette théorie est due à Stoltz, professeur à Strasbourg, et émise par lui en 1826. Il disait, s'appuyant sur les sensations fournies par le toucher :

« Si le col, après s'être hypertrophié jusqu'au sixième mois, se raccourcit à partir de cette époque, c'est seulement pendant la dernière quinzaine que, l'orifice interne s'ouvrant, le col se perd dans le segment inférieur de l'utérus. »

Roessel reprend les idées de Stoltz; il différencie comme lui le mode d'effacement du col chez les primipares et chez les multipares. Chez les premières il y a presque toujours, selon lui, jusqu'au début du travail, persistance des deux orifices, mais ils sont rapprochés par suite de l'évasement de la cavité cervicale. L'orifice externe reste seul jusqu'à l'effacement complet. Pour les multipares, c'est au contraire l'orifice interne qui ne se dilate pas.

Pénard et Charpentier se rangent à cette opinion. De 1840 à 1872, les cliniciens adoptent ces idées que développent dans leurs traités Jacquemier, Cazeaux, Dubois et Pajot, Schroeder.

Dans le traité de l'art des accouchements de Tarnier et Chantreuil, on lit à la page 498 :

« C'est à Stoltz que revient le mérite d'avoir démontré que le col ne change pas de longueur avant les quinze derniers

jours de la grossesse. Dans la dernière quinzaine, le col s'efface réellement, c'est-à-dire qu'il diminue de longueur en s'évasant de haut en bas, de sorte que finalement il en est réduit à son orifice externe. »

Tandis que Levret et Baudelocque attribuaient l'effacement du col à la distension, Braüne, en 1872, en faisait un phénomène d'engagement.

D'après certains auteurs, la lèvre antérieure seule diminuerait de longueur (Noegele et Grenser) :

« La lèvre antérieure du col chez les primipares se raccourcit partiellement par suite de l'engagement de la tête dans le cul-de-sac antérieur. Un léger raccourcissement résulte aussi de la dilatation de la partie moyenne de la cavité cervicale.

» Quand la tête est élevée, pas de raccourcissement. Chez la multipare, si la tête est basse, le col se comporte comme chez les primipares. Si elle est haute, il y a effacement égal sur toutes les parties du col dû à l'hypertrophie des parties cervicales. » Schröder, Hofmann admettent la même opinion.

*
**

Le premier qui donna l'alarme, dit Varnier dans la *Pratique des accouchements*, fut un jeune accoucheur viennois, Bandl.

Bandl, en 1876, examine 1.000 femmes enceintes et conclut :

« Le col doit commencer à s'effacer à partir du septième mois, mais il ne s'efface pas complètement; une partie seulement, la partie sus-vaginale, contribue à former pendant la grossesse le segment inférieur; il ne reste plus à la fin de la grossesse que la portion vaginale, c'est-à-dire un petit moignon qui disparaît pendant le travail. »

Cette discussion n'était pas récente puisque déjà, en 1668, Müller, observant et mesurant le col sur 100 femmes enceintes, soutient avoir constaté ceci : quelles que soient les conditions d'observation, tête haute ou profondément engagée, le col reste jusqu'à la fin de la grossesse ce qu'il est dans les premiers mois.

Tous s'accordent à nier l'effacement du col pendant la grossesse.

C'est Régnier de Graaf (1672) qui affirme que le col ne suit pas la dilatation de l'utérus.

C'est Verheyen (1693) qui fait la même constatation chez la vache et en tire argument pour la femme. Cet argument n'eut d'ailleurs aucun crédit auprès de ses contemporains. Ils lui objectèrent que la femme n'était pas comparable à la vache, « qui n'avait pas d'âme ».

C'est Weitbrecht (1750) qui confirme les données de de Graaf.

C'est Taylor, de New-York, qui, de 1852 à 1862, insiste pour montrer que le col conserve sa longueur normale et que dans certains cas même il s'allonge, ce phénomène étant dû à une hypertrophie physiologique existant avant tout début de travail.

En novembre 1885, Pinard dit :

« Pendant toute la durée de la grossesse, la portion vaginale du col, loin de s'effacer, s'hypertrophie.

» Les nombreuses recherches que j'ai faites avec le doigt et les instruments me font admettre que la portion sus-vaginale ne s'efface pas plus pendant la grossesse que la portion vaginale et qu'elle ne disparaît qu'au moment du travail. »

Faisant trois autopsies de femmes, mortes à la fin de la grossesse, il trouve dans les trois cas le col non effacé.

Hofmeier et Waldeyer (1886) montrent, à l'aide de coupes, le col nettement différencié du segment inférieur et ne présentant aucun effacement.

En 1886, Delahaye, élève de Pinard, présente une thèse intitulée : *Du col de l'utérus à la fin de la grossesse*.

D'accord avec ses maîtres et prédécesseurs, Régnier de Graaf, Verheyen, Weitbrecht, Pinard, etc., il conclut :

1° Dans la majorité des cas, le col de l'utérus ne s'efface pas pendant la grossesse;

2° Il résulte des recherches des auteurs et des nôtres qu'il n'y a non seulement pas effacement, mais hypertrophie plus ou moins considérable du col.

3° Il est des modifications du col de l'utérus et du vagin (ramollissement extrême, obliquité de l'axe cervical sur l'axe utérin, tassement du col, anneaux vaginaux, etc.) qui laissent croire, lorsqu'on pratique le toucher, qu'il existe un certain degré d'effacement;

4° Ces modifications, pensons-nous, peuvent, jusqu'à un certain point, rendre compte de la diversité des opinions données sur l'état du col à la fin de la grossesse.

En passant succinctement en revue quelques manuels d'obstétrique à l'usage de l'enseignement, nous retrouvons parfaitement confirmées les idées des adversaires de Mauriceau. Citons comme exemples les appréciations de Varnier, Schaffer, Ribemont-Dessaignes et Lepage, Maygrier et Schwaab, Wallich, sans insister sur les autres précis, qui ne mentionnent que très brièvement les mêmes commentaires.

VARNIER (1) : « Moi-même j'ai pu, la même année 1886, rassembler aisément 52 observations dans lesquelles le col de l'utérus gravide avait été examiné, mesuré, figuré sur la table d'autopsie. J'ai montré par là qu'au début, au milieu, à la fin de la grossesse jusqu'au début du travail, le col, nullement effacé ni dans sa portion vaginale, ni dans sa portion sus-vaginale, mesure en moyenne 4 centimètres. Il oscille, il est vrai, de 3 à 5, mais ne fait que suivre en cela les oscillations du col à l'état de vacuité, qui mesure, comme l'ont montré Aran et Guyon, de 26 à 30 millimètres.

» Le segment inférieur n'est donc pas d'origine cervicale.

» L'effacement du col est un phénomène de travail : c'est le premier phénomène du travail. »

SCHAFER (2) : « Devant les observations de Varnier et de

(1) Varnier, *Pratique des accouchements*, 1900, p. 77.

(2) Schaffer, *Atlas-Manuel d'obstétrique*, 1901, p. 145.

ses prédécesseurs, il est naturel de conclure : le segment inférieur de l'utérus n'est pas d'origine cervicale; l'effacement du col ne se produit pas pendant la grossesse, c'est le premier signe du travail. »

RIBEMONT-DESSAIGNES et G. LEPAGE (3) : « Aujourd'hui, les travaux de Schroeder, Stratz, Hofmeier, Waldeyer, les recherches de Pinard, de Varnier, etc., semblent avoir définitivement fait la lumière sur ce point et permettent de conclure que :

» 1° Le col conserve sa longueur pendant toute la durée de la grossesse jusqu'au début du travail;

» 2° Le segment inférieur de l'utérus est constitué, jusqu'à la fin de la grossesse, non par le col, mais par la partie inférieure du corps de l'organe. »

MAYGRIER et SCHWAAB (4) : « Pour que la femme soit réellement en travail, il faut trouver, par le toucher pratiqué à plusieurs reprises, ou un col qui diminue manifestement et progressivement de longueur, ou un col complètement effacé et en voie de dilatation. Cet examen peut entraîner des causes d'erreurs, soit qu'il existe des difficultés dans la recherche du col, soit qu'on apprécie mal son état. »

WALLICH (5) : « La dilatation n'est un signe de travail que si elle est associée à l'effacement. On peut trouver de la dilatation du col pendant la grossesse en dehors de tout travail, mais, dans ces cas, le col a toute sa longueur, il n'est pas effacé. Au cours de la grossesse, le col peut être largement ouvert, surtout chez les grandes multipares, dont l'œuf est volumineux. Il faut alors se garder de poser le diagnostic de travail sur la simple constatation de la dilatation du col. On doit vérifier si ce col, en apparence effacé, ne se développe

(3) Ribemont-Dessaignes et Lepage, *Traité d'obstétrique*, 1914, p. 234.

(4) Maygrier et Schwaab, *Précis d'obstétrique*, 1922, p. 214.

(5) Wallich, *Eléments d'obstétrique*, 1921, p. 69.

pas sous le doigt qui se retire. Si le col n'est pas effacé, la femme n'est pas en travail. »

A l'encontre des théories précédentes nous avons recueilli dans *La pratique de l'art des accouchements*, de Bar-Brindeau-Chambrelent, une autre interprétation des phénomènes du travail. C'est celle qui se rapproche le plus de notre opinion.

Nous rapporterons également 3 belles observations du Professeur Brindeau, qui tendent à confirmer notre interprétation.

BAR-BRINDEAU-CHAMBRELENT (6) : « Pour confirmer qu'une femme enceinte est en travail il faut avoir constaté : d'une part, qu'il existe des contractions douloureuses, d'autre part, que le col s'efface ou se dilate. La production isolée de l'un ou l'autre de ces deux phénomènes ne suffit pas à caractériser le travail. A toutes les époques de la grossesse et plus particulièrement dans les dernières semaines, la femme peut, en effet, présenter des contractions douloureuses de l'utérus qui cessent au bout d'un certain temps. Inversement, l'effacement du col et même la dilatation de l'orifice utérin peuvent, sans qu'il y ait des contractions douloureuses, précéder de plusieurs jours le début du véritable travail. La constatation des deux signes dont la réunion, en dehors de ces cas anormaux, caractérise le travail, les douleurs dues aux contractations utérines et l'ouverture du col, n'offre pas d'ordinaire de difficulté. Aussi le diagnostic du travail est-il aisé dans la majorité des cas. »

(6) Bar-Brindeau-Chambrelent, *La pratique de l'art des accouchements*, 1914, p. 232.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (résumée et inédite).

(Due à l'obligeance de M. le docteur FAVREAU.)

Il s'agit d'une secundipare âgée de 23 ans. Sa première grossesse, en 1922, se termina prématurément à sept mois par l'expulsion d'une fille vivante qui mourut huit jours après. Il n'y a aucun renseignement sur la grossesse et l'accouchement.

Deuxième grossesse : Dernières règles du 10 au 15 juin. Mouvements actifs vers le quatrième mois. Consulte le 12 février 1924. A ce moment, l'utérus est considérablement développé. Il est tendu. Il y a excès de liquide amniotique. Au toucher, le col est effacé et dilaté à 5 francs. Il est question de faire entrer cette femme à la salle de travail car on pense à un accouchement indolore; mais devant l'insistance de la malade et l'absence de contractions utérines douloureuses, M. Favreau l'autorise à rentrer chez elle.

Le 24 février, la dilatation est un peu plus avancée que la fois précédente, entre 5 francs et petite palmaine.

Cette femme entre à la salle de travail le 9 mars, à 8 heures du matin : dilatation petite palmaine, présentation O. I. G. A. Le travail a débuté la veille, le 8 mars, vers 17 heures. Le 9, à 11 heures, la dilatation est complète. Rupture de la poche des eaux : *le liquide s'écoule en très grande quantité*. Expulsion en occipito-pubienne; durée, trente-cinq minutes. La durée totale du travail a été de dix-huit heures trente-cinq minutes. L'enfant pèse 3 kgs. 100. Circulaire assez serrée autour du cou; délivrance naturelle, vingt-cinq minutes après l'accouchement. Poids des annexes, 550 grammes.

OBSERVATION II (résumée et inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FAUGÈRE.)

Mme K..., primipare.

Première grossesse : Dernières règles du 5 au 8 novembre 1925.

Examen obstétrical. — Présentation et variété de position : O. I. D. P. Tête profondément engagée dès six mois de grossesse. Au huitième mois, col complètement effacé et dilaté à 5 francs. Accouchement normal à terme le 25 août 1926. Durée, trois heures. Poids de l'enfant, 3 kgs. 300.

Deuxième grossesse : Dernières règles du 5 au 10 mai 1927. Présentation et variété de position : O. I. G. A. Tête profondément engagée. Le col s'efface et se dilate de nouveau à 5 francs dès le huitième mois. Accouchement à terme, normal, le 17 février 1928. Durée, quatre heures. Enfant vivant. Poids, 3 kg 700.

Suites de couches normales dans les deux accouchements.

OBSERVATION III (résumée et inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FAUGÈRE.)

Mme S..., primipare.

Examen obstétrical. — Présentation, position et variété de position : O. I. D. P. Tête profondément engagée. A sept mois et demi, col complètement effacé et dilaté à 5 francs. Accouchement, près du terme, le 6 avril 1929. Poche des eaux rompue avant toute douleur. Durée du travail, quatre heures. Application de forceps en droite postérieure. Enfant vivant. Poids, 2 kgs. 800.

Suites de couches normales.

OBSERVATION IV (résumée et inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FAUGÈRE.)

Mme P..., 21 ans, primipare.

Dernières règles du 4 au 8 février 1921. Gestation normale. Présentation au septième mois : Siège décompleté, mode des fesses engagé en sacro-iliaque droite transverse.

Au huitième mois, siège décomplété, mode des fesses très engagé S. I. D. T. Col complètement effacé et dilaté à 1 franc. Accouchement le 5 octobre 1921. Dilatation rapide, quatre heures environ. Extraction du siège. Enfant vivant. Poids, 3 kgs. 100.

Suites de couches normales.

Deuxième accouchement : Après une grossesse normale le 24 septembre 1924. Présentation du siège. Le col reste entier et s'efface seulement au moment du travail. Dilatation rapide. Extraction du siège. Enfant vivant. Poids, 3 kgs. 400.

Troisième accouchement : Après une gestation normale le 18 septembre 1927. Accouchement rapide en présentation du sommet. Enfant vivant. Poids, 3 kgs. 520. Le col reste entier pendant toute la durée de la gestation et ne s'efface qu'au début du travail.

OBSERVATION V (résumée et inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé FAUGÈRE.)

Mme L..., secondipare.

Première grossesse : Rien de particulier. Accouchement prématuré à huit mois. Enfant vivant, 2 kg 800.

Deuxième grossesse l'année suivante : Dernières règles du 2 au 10 octobre 1928.

Examen obstétrical. — Présentation, position, variété de position : O. I. G. A. Tête profondément engagée à sept mois et demi de grossesse. Le col est effacé et dilaté à 2 francs. Accouchement prématuré, à huit mois et quart, le 19 juin 1929. Durée du travail, une heure. Hémorragie après la délivrance; inertie utérine. Enfant vivant. Poids, 3 kgs 200. Suites de couches normales.

OBSERVATION VI

(Clinique Pellegrin.)

Mme H..., VI-pare, Bordeaux.

Le 12 septembre 1926, enceinte de sept mois environ, va à la

consultation de la Compagnie du Midi. L'utérus volumineux se contracte régulièrement. Au toucher, le col est effacé et dilaté comme 3 francs. Cette femme n'a ressenti aucune douleur, mais, connaissant l'histoire de ses accouchements précédents indolores, le docteur Marc RIVIÈRE, qui croit à une grossesse gémellaire, l'envoie aussitôt à la clinique d'accouchements. La dilatation reste stationnaire et sans douleur. Une radiographie montre deux fœtus l'un en présentation du sommet, l'autre en présentation du siège. Le 19 septembre, la malade entre en salle parce qu'elle commence à souffrir. On l'examine aussitôt; la dilatation est complète. On rompt la poche des eaux et le premier fœtus se dégage spontanément en occipito-pubienne. On pratique un toucher pour vérifier la seconde présentation. Elle est très haute; on atteint les petits membres. Au bout de dix minutes environ, la malade accuse une douleur et la seconde poche des eaux se rompt spontanément : expulsion du placenta. On a affaire à une multipare qui pousse bien et la tête du second fœtus (4 kg 600) apparaît à la vulve avec un pied et une main. L'expulsion est rapide, l'enfant crie presque aussitôt. Néanmoins, il meurt quarante jours après.

OBSERVATION VII.

(Clinique André-Boursier.)

Mme D., primipare, 19 ans, Bordeaux.

Cette jeune femme a été examinée le mercredi 29 février 1928 au dispensaire du cours Saint-Louis. A ce moment, elle présentait une dilatation de 3 francs sans qu'il n'y eût cependant aucune douleur. Elle ne commençait à souffrir que le lendemain à 19 heures. Au moment de son entrée à la salle d'accouchements, à 0 heure 30, la dilatation était comme petite palmaire.

Dans l'après-midi, on trouvait chez cette primipare, avec une tête très engagée, un col ouvert comme palmaire dont les bords n'avaient qu'une très faible épaisseur et pouvaient sans peine être amenés au contact des parois de l'excavation, si bien qu'il sem-

blait qu'on eût pu réaliser une application de forceps. Cependant, elle n'accusait aucune douleur et les contractions utérines étaient rares. Elle accouchait le 2 mars, à cinq heures, après une durée totale de travail de dix heures.

Poids du fœtus, 3 kgs 100. Placenta, 500 grammes.

Suites de couches normales.

OBSERVATION VIII.

(Professeur BRINDEAU.)

Il y a une quinzaine d'années, je fus appelé à examiner une dame enceinte de six mois, primipare. L'abdomen était souple, non douloureux, et, à ma grande stupéfaction, je trouvais un col dilaté comme 2 francs. On arrivait ainsi directement sur les membranes. Craignant un avortement, je la fis coucher avec défense de se lever; quinze jours après, même état du col sans aucune contraction douloureuse. Je permis à la femme de faire quelques pas dans sa chambre et de prendre son repas avec son mari; rien de particulier à signaler un mois après, sauf que le col présentait une dilatation entre 2 et 5 francs. Elle arriva ainsi à terme et une nuit elle réveilla son mari en disant qu'elle accouchait; c'était la vérité, car une demi-heure après l'enfant naissait. Une seconde grossesse survint deux ans après, l'état du col fut le même à partir du septième mois. Le femme ne prit du reste aucune précaution et accoucha à terme très rapidement.

OBSERVATION IX

(Professeur BRINDEAU.)

Dans le deuxième cas, il s'agissait également d'une primipare qui, au septième mois, fut prise d'une indigestion avec coliques violentes. L'utérus se contractait sous la main, mais n'était pas douloureux; le col était dilaté comme 2 francs, et le doigt arrivait directement sur les membranes. Craignant un accouchement pré-

maturé, je fis garder le lit et prescrivis des lavements laudanisés. Quelques jours après, l'utérus était plus souple, mais le col présentait le même caractère. La femme, à partir de ce moment, mena sa vie ordinaire et alla jusqu'à terme. Elle accoucha normalement au bout de dix heures de travail.

OBSERVATION X.

(Professeur BRINDEAU.)

Ma troisième observation est plus curieuse. Elle a trait à une jeune femme secundipare qui n'avait rien présenté de particulier lors de sa première grossesse, sauf peut-être une perméabilité du col exagérée. Elle devient enceinte une seconde fois et, dès le quatrième mois, je fus frappé de l'état de déhiscence de l'orifice cervical.

Je conseillais la prudence, le repos relatif, puis, quelques mois après, la femme, qui habitait la province, vint à Paris. Elle était alors enceinte de huit mois; je la vis quelques jours après son arrivée. La tête était profondément engagée et, à mon grand étonnement, je trouvais le col complètement effacé avec une dilatation presque complète. L'utérus non douloureux, ne se contractant pas, je fis garder le lit et revins quelques jours après pour pratiquer un nouvel examen. La femme n'avait pas souffert, l'utérus était souple et la dilatation était toujours presque complète. Comme la tête était profondément engagée, j'aurais pu, après rupture des membranes, appliquer le forceps. Je permis à la femme de se lever; elle sortit un peu tous les jours et accoucha à terme après un travail normal de quatre heures.

Voici donc, dit M. BRINDEAU, trois observations rares dans lesquelles il n'existait ni contractions douloureuses, ni distension utérine et cependant le col, dans les trois cas, était véritablement effacé et dilaté. Je n'ai pas examiné les deux premières femmes au point de vue du système nerveux, mais la troisième ne présentait ni paralysie des sphincters, ni troubles des réflexes.

DISCUSSION SUR LA DILATATION DU COL
AU COURS DE LA GROSSESSE

OBSERVATION XI.

M. PÉRY attire l'attention sur la dilatation du col survenant au cours de la grossesse. Brindeau a observé un cas de dilatation complète au sixième mois de la grossesse qui se termina au terme. Récemment il vient de voir un cas analogue. Celui d'une seconde-pare enceinte de quatre mois dont le col parfaitement effacé est resté dilaté à environ 5 francs. Malgré le repos imposé, cette dilatation arrive (sans douleur et sans contractions utérines) à une dilatation petite palmaire. Au moment de l'accouchement, la dilatation complète survint sans aucune douleur et l'accouchement fut facile.

M. FAUGÈRE. — J'ai observé un cas analogue voilà déjà longtemps (1920). Il s'agissait d'une femme que l'on croyait en travail depuis vingt-quatre heures et dont le col avait été trouvé dilaté à 1 franc par un jeune confrère qui attendait l'accouchement. La malade n'était pas à terme; l'expulsion n'eut lieu que trois semaines après. J'ai vu depuis trois ou quatre cas semblables. J'ai observé des dilations stationnaires avec parties fœtales engagées dans le dernier mois (siège décomplété dans un cas). Aussi je crois qu'il faut enseigner que l'effacement n'est pas un signe pathognomonique du travail. Il est utile de prévenir de ces faits les futurs accoucheurs.

M. PÉRY. — Tout se passe comme si l'utérus prenait de l'étoffe au niveau du col.

OBSERVATION XII.

(Docteurs BOUVERET et Georges PHILOUZE.)

Nous venons d'avoir l'occasion d'observer, à la maternité de l'Hôpital Eugène-Etienné, de Mogador, un cas absolument superposable à ceux du Professeur Brindeau, et que nous résumons succinctement :

Primipare de 32 ans, bien portante et normalement constituée, à terme vers le 15 novembre. Examinée par nous au milieu de septembre, nous eûmes la surprise de constater à cette époque, sans qu'aucun début de travail ou même quelques coliques aient été enregistrées par la gestante, un effacement complet avec un col réduit à l'épaisseur d'une feuille de papier et une dilatation de 5 francs. La tête, en droite postérieure, très profondément engagée, appuyait sur le périnée.

Craignant une rupture prématurée des membranes, nous conseillâmes à cette femme de garder le repos complet au lit. L'accouchement ne se produisit qu'à la date prévue. Le travail s'effectua rapidement, en quatre heures, et la poche des eaux ne se rompit qu'à la dilatation complète.

Ce phénomène, extrêmement rare, dont l'explication n'est pas donnée pour les cas cités par Brindeau et pour celui que nous signalons, cas dans lesquels on ne constate pas cliniquement de lésions nerveuses, semble pourtant devoir dépendre d'une anomalie congénitale ou acquise des centres médullaires dont dépend le tonus utérin. Un bassin large, une présentation bien fléchie, venant appuyer sur le pôle inférieur d'un utérus manquant de tonicité, ou plutôt étant le siège d'une dissociation dans l'équilibre du tonus corporel et segmentaire, peut expliquer une ouverture de l'orifice cervical, sous la poussée d'une contractilité restée normale, par suite de son indépendance d'innervation.

Pour venir appuyer cette thèse d'hypotonie dans le cas présent, nous signalerons que notre parturiente fit dans les suites de couches une rétroversion extrêmement marquée, bien que l'involution utérine eût été normale.

OBSERVATION XIII (Personnelle et inédite).

Mme T..., secondipare, 22 ans, Bordeaux.

Avortement au sixième mois de la première grossesse en 1922. B.-W. négatif. Au septième mois de la grossesse actuelle, le 18 août 1928, la malade, se sentant plus fatiguée que de coutume, fit venir

à minuit une sage-femme, qui, après examen, diagnostiqua la période de travail.

Les contractions étaient très légèrement douloureuses et, au toucher, on trouvait un col effacé et dilaté comme 5 francs. Le matin, à 5 heures, sans aucune progression de la dilatation, les douleurs cessaient et la femme s'endormait. Le lendemain et les jours suivants, le même état stationnaire et parfaitement indolore persistait.

Nous examinons Mme T... le 20 septembre 1928, au huitième mois environ de sa grossesse. Elle garde la chaise longue depuis un mois, sur le conseil de sa sage-femme. Elle ne ressent aucune douleur. Nous trouvons son utérus normalement développé (30 cm.) sur la ligne médiane et particulièrement souple. Au toucher, le col complètement effacé, les bords très minces, est dilaté comme 5 francs. La poche des eaux « bombe » derrière le col. La tête n'est pas amorcée.

Sans aucun incident, la grossesse évolue jusqu'au 23 octobre, jour de l'accouchement. Les douleurs apparaissent le soir à 19 heures et la dilatation s'achève en trois heures. Expulsion rapide d'un *gros enfant*, 4 kgs 100. Placenta, 700 grammes. Liquide normal. Suites de couches normales.

OBSERVATION XIV (Personnelle et inédite).

Mme C..., primipare, 25 ans, Bordeaux.

A été examinée le 10 novembre 1928, enceinte de 8 mois 1/2 environ. Jusqu'à ce moment, sa grossesse évoluait dans les meilleures conditions et sans la moindre douleur. A l'examen, l'abdomen est souple et indolore. Contre toute attente, on trouve, au toucher, un col complètement effacé, les bords très minces et présentant une dilatation comme 2 francs. La tête est nettement engagée.

Cet état de choses dura huit jours sans modifications. Les douleurs apparurent très faibles le 18 novembre à 6 heures. La dilatation était comme petite palmaine à 9 heures, sans entraîner les souffrances habituelles, et la parturiente croyait se trouver seulement au début du travail. A 11 heures, la dilatation était complète et l'expulsion durait 20 minutes. Poids de l'enfant, 3 kilogs.

Suites de couches sans incident.

L'examen clinique habituel du système nerveux, dans ces deux observations, ne montre aucune manifestation pathologique.

(OBSERVATION XV.

(Maternité.)

Mme G..., artiste lyrique; VII-pare.

Première grossesse : forceps; enfant mort après l'accouchement.

Deuxième grossesse à 21 ans : Avortement au sixième mois.

Troisième grossesse à 22 ans : Avortement au sixième mois.

Quatrième grossesse à 27 ans : Accouchement normal; enfant de 3 kgs 500, mort quelques heures après.

Cinquième grossesse 32 ans : Accouchement à terme d'un enfant pesant 3 kilogs.

Sixième grossesse à 33 ans : Avortement à 2 mois 1/2.

Se présente le 28 février 1929 à la consultation de la Maternité au début du neuvième mois de sa grossesse. Albumine dans les urines.

A l'examen, nous trouvons son ventre normalement développé et indolore. Hauteur de l'utérus, 32 centimètres et, au toucher, un col complètement effacé, les bords minces, et dilaté à 2 francs, sans entraîner de douleur. Elle est hospitalisée aussitôt. Elle reste ainsi huit jours sans souffrir, jusqu'au 8 mars. La dilatation était complète le 9 mars après quelques contractions faiblement douloureuses. L'expulsion dura quarante minutes.

Enfant de 3 kgs 200. Liquide amniotique de moyenne abondance. Placenta, 700 grammes.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XVI.

(Maternité.)

Mme C..., cultivatrice, V-pare.

Entre le 11 mars 1929 à la Maternité. Ses dernières règles datent du 20 juin. Elle est examinée à 8 mois 1/2 environ de grossesse. Son ventre est normalement développé (hauteur de l'utérus, 31 cm)

et parfaitement indolore. Au toucher, le col est largement ouvert et dilaté comme 3 francs. Le bassin est légèrement rétréci, le promontoire accessible loin. La dilatation utérine reste ainsi indolore et stationnaire pendant quatre jours, jusqu'au 15 mars, début du travail. Elle est complète le 16 mars à 5 h. 45. L'accouchement a lieu normalement, mais la délivrance, effectuée 30 minutes après, donne lieu à une hémorragie conséquente traitée par injections intra-utérine d'eau iodée et sous-cutanée de secacornine. Poids de l'enfant, 2 kgs 700. Placenta, 500 grammes.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XVII.

(Hôpital André-Boursier.)

Mme B..., secondipare, 27 ans, Pessac.

Entre dans le service à 8 mois $1/2$ de grossesse environ, le 20 mars 1929. A la première grossesse, elle aurait mis au monde un enfant de 3 livres après accouchement au forceps pour bassin rétréci.

A l'examen, nous trouvons un utérus médian, tendu, contracturé, indolore. Au toucher, on sent le col effacé et dilaté comme 2 francs.

Le promontoire est accessible loin; on touche les deux épines sciatiques. La malade entre à la salle de travail le 24 mars à 8 h. 30. La dilatation est comme petite palmaire. Les contractions douloureuses surviennent à 15 heures et la dilatation est complète à 22 heures. Liquide amniotique normal. Durée d'expulsion, 20 minutes. Poids du fœtus, 3 kgs 500. Annexes, 570 grammes.

Suites de couches sans incident.

OBSERVATION XVIII (Résumée et inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur FAVREAU.)

Il s'agit d'une femme de 32 ans ayant fait, à l'âge de 29 ans, un avortement de quatre mois, sans cause connue. Nous sommes appelé à l'examiner au huitième mois de sa grossesse. A ce moment, la hauteur de l'utérus est de 29 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne.

On a l'impression que l'œuf est saigné dans un utérus très aminci. Au toucher, le col est effacé, à peine dilaté. La présentation est engagée en O. I. G. A. Il y a des contractions utérines douloureuses, mais dont le rythme est tout à fait différent de celui du travail. En effet, leur intensité, leur durée et l'intervalle qui les sépare sont sensiblement les mêmes; il n'y a aucune progression.

La malade, examinée quelques heures plus tard, est plus calme; les contractions vont en diminuant, l'effacement et la dilatation sont les mêmes. On pense alors à un faux travail. De nouveau, nous sommes appelé deux fois dans le courant du huitième mois, dans un intervalle de huit à dix jours, la malade croyant accoucher. La première fois, le col présentait une dilatation de 1 franc, et la deuxième fois, une dilatation de 2 francs.

La constatation de la progression dans la dilatation n'est appréciable que si l'examen est pratiqué à plusieurs jours d'intervalle. L'accouchement eut lieu à terme le 3 juillet (présentation du sommet en O. I. G. A.). La dilatation se poursuit avec rapidité (durée, trois heures). Rupture des membranes à dilatation complète. La quantité de liquide n'est pas exagérée. L'expulsion dura une heure; l'enfant pesait 3 kgs 200. Délivrance normale. Dans les suites de couches, légère élévation de température attribuée à la constipation. Nous avons remarqué qu'il n'y eut aucun trouble dans la contraction utérine au cours de la dilatation et de l'expulsion.

Nous attribuons l'effacement et la dilatation constatés au cours de la grossesse à un manque d'étoffe du corps utérin. D'autant plus que nous avons eu l'impression, au point de vue clinique, qu'il s'agissait d'un utérus hypoplasie. Ce qui expliquerait peut-être l'avortement précédent survenu au quatrième mois sans cause appréciable.

OBSERVATION XIX.

Due à l'obligeance de M. le Professeur ANDÉRODIAS. Présentée et discutée à la Société d'obstétrique.

Depuis quelques années, on a rapporté un certain nombre d'observations de femmes ayant présenté longtemps avant leur accou-

chement un col déjà effacé, avec une dilatation plus ou moins accentuée. Ici même, on nous en a cité plusieurs cas. C'est pour ajouter une unité de plus que je viens vous rapporter le fait suivant :

« Mme S... (Th.), 32 ans, femme de ménage, a accouché une première fois le 25 janvier 1928, à Royan, d'un prématuré de huit mois qui meurt le sixième jour n'ayant jamais pu prendre le sein. L'accouchement a duré quinze heures environ.

» Elle a eu ses dernières règles du 2 au 7 juin 1928. Vers le 20 décembre, c'est-à-dire à six mois de grossesse, elle va à la consultation de la Maternité où on trouve le col effacé et déjà dilaté et où on lui recommande un repos absolu. Elle revient à la consultation vers le 10 janvier 1929; on fait la même constatation et la même recommandation. Je la vois le 2 mars. Elle est à huit mois et demi de grossesse. Tout chez elle est normal. Pas d'hydramnios. Fœtus moyennement développé. La tête est assez profondément engagée et, à mon grand étonnement, je trouve une dilatation d'au moins petite palmaire, avec un col d'une minceur extrême. Or, cette femme n'est pas en travail et, fait qu'elle précise nettement, jamais, au cours de cette grossesse, elle n'a eu de contractions douloureuses. »

J'apporte cette observation sans commentaires, car il me paraît assez difficile d'expliquer une pareille dilatation.

DISCUSSION

M. PÉRY. — Ce cas est très intéressant, surtout par le degré de la dilatation présenté par le col de cette femme. L'explication d'un tel fait est très difficile. En tout cas, cette dilatation précoce ne se rencontre que chez les multipares.

INTERPRETATION

Pour expliquer une ~~tel~~^{te}le anomalie pendant la grossesse, on peut faire valoir plusieurs opinions. Vu l'état actuel de nos connaissances, ce ne sont d'ailleurs que de pures hypothèses.

Dans les cas où l'œuf a un volume exagéré (hydramnios, grossesse gémellaire, gros œuf, gros enfant, etc. [Obs. 4, VI, XIII]), la notion d'une surdistention de l'utérus devrait suffire à expliquer l'effacement et la dilatation du col vers la fin de la grossesse, et particulièrement à l'approche du terme. Le corps utérin n'ayant pas l'étoffe voulue pour contenir un œuf relativement trop gros, après s'être distendu au maximum, fait appel au segment inférieur, ce qui est normal, puis au col, qui s'efface et se dilate. Il y a disproportion entre le contenant et le contenu. D'ailleurs, cette disproportion peut exister dans des cas où l'œuf est normal, mais où l'utérus est déficient (infantilisme, utérus unicorne).

Une autre opinion est tout à fait opposée à la précédente. En effet, pour certains auteurs, non seulement le corps utérin ne s'est pas laissé distendre au maximum, mais encore il est le siège de contractions ayant des caractères particuliers, c'est-à-dire qui seraient plus prolongées et plus fréquentes que d'habitude, tout en restant indolores. Ces contractions entraîneraient, avant le terme de la grossesse, la formation du segment inférieur, l'effacement et la dilatation du col.

Pour M. Faugère, c'est l'engagement très prononcé de la présentation, qu'il s'agisse d'un sommet ou d'un siège, qui serait à la base de ce phénomène. Parmi les observations que nous présentons nous avons rencontré très fréquemment cet état (Obs. II, III, IV, V, X, XII, XIV, XVIII, XIX), et nous pou-

vons admettre qu'il est une pure résultante des causes invoquées précédemment. Dans le premier cas, l'œuf tendrait à être expulsé par déficience de l'utérus. Dans le deuxième cas, c'est l'utérus qui pousserait le fœtus vers le segment inférieur, d'où engagement très prononcé.

Enfin Bouveret et Philouze font jouer le rôle au système nerveux propre de l'utérus. Pour eux, il s'agirait d'un manque de tonicité de l'utérus, d'une dissociation dans l'équilibre du tonus corporéal et segmentaire, d'une anomalie congénitale ou acquise des centres médullaires dont dépend le tonus utérin. Il convient cependant, malgré toute la valeur de cette hypothèse, d'y apporter quelques réserves. La physiologie de l'utérus est encore trop mal connue pour que nous nous permettions de faire des distinctions aussi nettes et précises dans le mode d'innervation de ses différents segments.

Nous admettrions tout aussi bien la possibilité de malformations histologiques du col, de moindre résistance, de dégénérescence des fibres musculaires ou encore de mauvaise nutrition du muscle utérin sous l'influence d'une circulation défectueuse dans les artères du segment inférieur et du col.

L'effacement et la dilatation du col au cours de la grossesse ne sont pas, d'autre part, l'apanage exclusif de quelques multipares et nos observations indiquent même un nombre équivalent de primipares. Certaines de ces dernières n'ont d'ailleurs pas représenté ces modifications du col dans leurs grossesses ultérieures (obs. IV), ce qui tendrait peut-être à donner du poids à l'opinion de la déficience organique.

Quant à la date d'apparition de ces faits, nous les avons signalés aux différents stades de la grossesse, sans juger maintenant utile d'entrer dans la critique détaillée des opinions anciennes, qui voulaient que ce soit spécialement au sixième mois (Mauriceau) ou dans les quinze derniers jours (Stoltz), ce qui, d'ailleurs, ne s'explique pas. Nous les observons d'autant plus fréquemment qu'on approche du terme : exceptionnellement au sixième mois, moins rarement au septième et dans la majorité des cas à partir du huitième.

Les faits que nous rapportons sont des faits cliniques enregistrés par des observateurs avertis. Ils nous permettent d'hésiter avant de nous rallier à l'opinion de Pinard et de ses élèves Varnier et Delahaye. Ce dernier, dans sa thèse, prétendait que, si l'on trouvait un effacement et une dilatation du col pendant la gestation, il s'agissait purement et simplement d'erreurs de diagnostic et il croyait plutôt à des anneaux vaginaux, à un tassement du col, à une obliquité de l'axe utérin, etc.

Dans les cas observés, la confusion était impossible. Le col ne pouvait être déplié et un seul orifice, l'orifice externe, persistait, avec un effacement complet et une dilatation plus ou moins avancée.

Ce n'est pas non plus une raison parce que M. Varnier n'a jamais rencontré cet état du col en faisant ses mensurations pour qu'il faille déclarer la chose impossible. Les chefs d'école avaient jadis trop tendance à nier l'existence d'une anomalie parce qu'ils ne l'avaient personnellement jamais rencontrée, en faisant fi des constatations de leurs prédécesseurs et de leurs contemporains.

*
* *

La médecine expérimentale peut-elle éclairer cette question ? Nous en doutons. En premier lieu, l'expérience sur l'animal ne nous semble pas facile.

En second lieu, peut-on comparer les organismes entre eux ?

Depuis déjà fort longtemps, les auteurs se refusaient à comparer l'organisme de la femme à celui de la vache. Ce n'est pas parce que la femme « possède une âme », comme disaient les anciens, que la comparaison est impossible, mais bien à cause de tous les arguments qui découlent de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie comparées.

Nous pensons plutôt que c'est en prenant des observations complètes de tous ces cas qu'on arrivera à en découvrir une interprétation solide.

CONCLUSIONS

I. — On peut rencontrer, au cours de la grossesse, et en particulier pendant les deux derniers mois, un effacement et une dilatation du col en dehors de tout travail.

II. — Les faits rapportés sont encore rares. Nous les avons rencontrés aussi souvent chez la primipare que chez la multipare.

II. — On peut les expliquer :

Soit par un manque d'étoffe du corps utérin, qui devient insuffisant vis-à-vis de son contenu;

Soit par un état particulier du muscle utérin qui pousse l'œuf vers le segment inférieur et le col;

Soit par une déficience d'innervation du col utérin;

Soit par insuffisance de nutrition de la fibre musculaire.

En tout cas, c'est un fait établi à l'heure actuelle et qui doit devenir classique, parce que son importance est considérable pour faire le diagnostic du travail,

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

J. ANDÉRODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 Novembre 1929.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- MAURICEAU (F.). — Maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées par....., 3^e éd., t. I, liv. I, 1681.
- LEVRET (A.). — Art des accouchements, Paris, 1776.
- BAUDELOCQUE. — Art des accouchements, liv. I, chap. II, p. 462 et s. Paris, 1822.
- BOÍVIN (M.) et DUGES. — Introduction, mémorial de l'art des accouchements, 1826.
- DESORMEAUX et DUBOIS. — *Art. de la grossesse*. Dict. en 30 vol., 1830.
- CHAILLY-HONORE. — Tr. or. de l'art des accouchements, 6^e éd., 1878.
- STOLTZ. — Considérations sur quelques points relatifs à l'art des accouchements. Th. doct. Strasbourg, 1826, p. 6 et s.
- ROESSEL. — Du col de l'utérus sous le rapport des accouchements. Th. doct. Strasbourg, 1847.
- TARNIER et CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements, p. 198.
- NOEGELE et GRENSER. — Art des accouchements. Trad. par AUBENAS.
- SCHRODER. — Manuel d'accouchement. Trad. par CHARPENTIER, 4^e éd., 1870, p. 100.
- HOFMANN. — Traité de médecine légale. Annoté par BROUARDEL. J.-B. Baillière, 1881, p. 115.
- RÉGNIER DE GRAAF. — *De mulierum organis generationi inservientibus*, anno 1672, p. 95.
- VERHEYEN. — *Corporis humani anatomia*, anno 1693, p. 95.
- DELAHAYE (H.). — Du col de l'utérus à la fin de la grossesse, Paris, 1886.

BRINDEAU. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gynécol. de Paris*, n° 4, avril 1928, p. 330.

PÉRY. — Discussion sur la dilatation du col pendant la grossesse. Soc. d'obst. et de gynécol. de Bordeaux, 26 juin 1928.

BOUVERET et PHILOUZE. — *Obs. Maroc médical*, n° 80, 15 août 1928, p. 256.

ANDÉRODIAS (J.). — Un nouveau cas de dilatation du col à partir du sixième mois de la grossesse en dehors de tout travail. Soc. d'obst. et de gynécol. de Bordeaux, juill. 1929.

